

Al Direttore dell'U.O.C. Risorse Umane
A. O. "Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello"
Viale Strasburgo, 233
90146 PALERMO

OGGETTO: domanda di Congedo Straordinario Retribuito di due anni per assistere il familiare con Handicap grave, ai sensi dell'art. 42 comma 5 – Decreto Legislativo del 26.03.2001 n. 151 e successive modificazioni e della Sentenza della Corte Costituzionale del 203/2013.

RICHIEDENTE - PARENTE O AFFINE ENTRO IL TERZO GRADO

Il sottoscritt _____
nat ____ il _____ a _____ Prov. _____
indirizzo _____ cap _____ con
recapito telefonico e cell. _____, mail
_____ n. di matricola _____
dipendente di codesta Azienda *Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello* presso il
(Dipartimento/Distretto/U.O.) _____ in servizio presso il
P.O. _____ con la posizione
funzionale di _____ già
autorizzato a beneficiare dei 3 giorni retribuiti per assistere il/la proprio/a zio/nipote con
provvedimento del Direttore del _____ n. _____

CHIEDE

di poter usufruire di gg. ____ mesi ____ dal ____/____/____ al ____/____/____ di Congedo
Straordinario di due anni spettante al parente o affine entro il terzo grado di persone in condizione
di disabilità grave e della relativa indennità per assistere ____ zio/nipote con handicap grave a sensi
dell'art. 42 T.U. sulla maternità e paternità Decreto Legislativo del 26.03.2001 n. 151 e s. m. Sig.
_____ nat ____ a _____ il _____ residente in
_____ Via _____ n. _____,
riconosciut ____ portatore di handicap grave dalla competente Commissione Medica nella seduta del
_____ .

A tal fine allega alla presente:

- copia conforme all'originale del Verbale di Visita Medica L. 104/92;
- autocertificazione dello stato di famiglia;
- dichiarazione di responsabilità del dipendente richiedente;
- dichiarazione di responsabilità del disabile;
- dichiarazione di responsabilità del genitore non richiedente;
- dichiarazione di responsabilità dei fratelli non richiedenti;
- copia documento di identità in corso di validità del dipendente richiedente;
- copia documento di identità in corso di validità del disabile;
- copia documento di identità dei fratelli non richiedente;
- copia documento di identità del genitore non richiedente;

Data _____

Firma _____

(N.O del Responsabile dell'U.O.C. di appartenenza)

(Timbro e firma)

AUTOCERTIFICAZIONE DEL DISABILE

_l_sottoscritt_ _____

nat_ il _____ a _____ Prov. _____

indirizzo _____ cap _____

consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste dal D.P.R. 28.12.2000 n. 445 cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R., e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- di essere in condizioni di disabilità grave (art. 4, comma 1 della Legge 104/92) accertata dalla Commissione A.S.P. di _____ nella seduta del _____;
- di essere assistit__ con carattere di sistemicità ed adeguatezza dal nipote/zio/a convivente Sig. _____ da me scelt_ per la mia assistenza, _l_ quale ha chiesto di poter usufruire del Congedo Retribuito per assistere me medesimo, portatore di handicap grave ai sensi dell'art. 42 comma 5 – Decreto Legislativo del 26.03.2001 n. 151 e s. m.;
- di essere assistito dalla _____ Sig. _____ nominato **Amministratore di sostegno dal Tribunale** di _____ in data _____;
- che altri familiari conviventi, non hanno né chiesto né beneficiano del Congedo Retribuito di due anni per assistere me medesimo, portatore di handicap grave ai sensi dell'art. 42 comma 5 – Decreto Legislativo del 26.03.2001 n. 151 e s.m.;
- di non essere ricoverat_ a tempo pieno;
- **di non essere impegnat_ in attività lavorative;**
- **che il proprio coniuge** Sig. _____ nato il _____ a _____ **è deceduto** in data _____ a _____ **ovvero** è divorziato dalla stessa con sentenza n. _____ del _____ disabili e/o invalidi al 100% allegare copia dei provvedimenti;
- che i propri genitori Sig. _____ e Sig.ra _____ sono deceduti e/o disabili e/o invalidi al 100% allegare copia dei provvedimenti;

Data _____

Firma _____

(Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento)

- di non avere figli
- di avere fratelli disabili e/o invalidi al 100% allegare copia dei provvedimenti;
- di non avere fratelli;

Data _____

Firma _____

(Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento)

=====

Dichiarazione di chi non sa o non può firmare

Il richiedente dei benefici di cui alla L. 104/92 e successive modificazioni ed integrazioni, Sig.

_____, nat_ a _____ il

_____ dichiara che il disabile a cui deve prestare assistenza si trova nella seguente situazione: che non sa firmare che non può firmare a causa di un impedimento.

Luogo e data _____

Firma _____

N.B.: Allegare documento d'identità in corso di validità del dichiarante.

DICHIARAZIONE FAMILIARE ENTRO IL TERZO GRADO RICHIEDENTE

_l_sottoscritt_ _____ nat_ il _____ a
_____ Prov ____ indirizzo _____

consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste dal D.P.R. 28.12.2000 n. 445 cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R., e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- di essere assistito dalla _____ Sig. _____ nominato **Amministratore di sostegno dal Tribunale** di _____ in data _____;
- **di essere convivente** con il zio in condizione di grave disabilità e di svolgere con sistematicità e adeguatezza l'assistenza all_ /stess_;
- che il coniuge dello zio/a è mancante, deceduto o presenta delle patologie invalidanti;
- che i genitori dello zio/a sono mancanti, deceduti o presentano delle patologie invalidanti;
- che i fratelli dello zio/a sono mancanti, deceduti o presentano delle patologie invalidanti;
- **di non/avere già usufruito** di congedi straordinari retribuiti per **ALTRO SOGGETTO DISABILE** per giorni _____/730 c/o _____;
- **di non/avere già usufruito** di congedi straordinari retribuiti **per lo stesso soggetto disabile** di _____/730 giorni c/o _____;
- **che nessun altro familiare avente titolo abbia fruito di congedo retribuito biennale per lo stesso soggetto disabile;**
- di avere usufruito di congedo straordinario non retribuito per "gravi e documentati motivi familiari"(art. 4 comma 2, Legge n. 53/2000) presso l'Azienda _____ Via _____ Città _____ matricola aziendale _____ dal _____ al _____;
- **di essere a conoscenza di poter usufruire del Congedo Retribuito, nel caso sussistano tutti i requisiti, dopo aver presentato formale richiesta e aver ricevuto la relativa determina e nota di concessione;**
- **Qualora intervenissero variazioni rispetto quanto dichiarato in sede di domanda**, vi è l'obbligo da parte della S.V. di comunicare le eventuali variazioni. Tale comunicazione deve essere tempestiva e in ogni caso deve avvenire entro i 5 giorni dal mutamento intervenuto, con la produzione di una nuova dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 relativamente la punibilità delle dichiarazioni mendaci ai sensi del codice penale e delle leggi in materia;
- **Requisito indispensabile per la fruizione del beneficio, resta l'assenza di ricovero a tempo pieno da parte della persona con disabilità che riceve assistenza e la convivenza con lo stesso;**
- Si precisa che l'INPS, provvederà alla verifica a campione delle situazioni dichiarate dai lavoratori richiedenti i permessi in argomento.
- **di non effettuare servizio SEUS 118 durante il periodo richiesto di congedi straordinari retribuito biennale;**

Data _____

Firma _____

N.B.: Allegare documento di riconoscimento in corso di validità.

AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI FAMIGLIA

(Art.46 – lettera f - D.P.R - 28 Dicembre 2000, n.445)

/I sottoscritt _____ nat _____

il _____ residente in _____ via/piazza _____

_____ n. _____ tel. _____ cell. _____

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000),

D I C H I A R A

che la propria famiglia residente in _____ (_____) (comune) _____ (provincia)

via/piazza _____ è così composta: (indirizzo e numero civico)

Oltre al dichiarante

(cognome) (nome) nato/a in il (rapp.parentela con il dich.)

(cognome) (nome) nato/a in il (rapp.parentela con il dich.)

(cognome) (nome) nato/a in il (rapp.parentela con il dich.)

(cognome) (nome) nato/a in il (rapp.parentela con il dich.)

(cognome) (nome) nato/a in il (rapp.parentela con il dich.)

(cognome) (nome) nato/a in il (rapp.parentela con il dich.)

Il dichiarante ai sensi del D.lgs. n.196/2003 autorizza la raccolta dei presenti dati per il provvedimento in corso.

Data

Firma del/la dichiarante

Secondo il succitato D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n.445 costituisce violazione dei doveri d'ufficio la mancata accettazione delle dichiarazioni della presente certificazione (autocertificazione) rese a norma delle disposizioni di cui all'art.46 D.P.R. 28/12/2000 n.445. Ai sensi dell'art.38, D.P.R. 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite incaricato oppure a mezzo posta.

Al Responsabile
dell'U.O.C. Risorse Umane
A. O. "Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello"
Viale Strasburgo, 233
90146 PALERMO

_l_sottoscritt_¹ _____ nat_ il _____ a
_____ Prov ____ residente in _____
Via/Piazza _____ n. ____ CAP _____
recapito telefonico _____ con documento d'identità Tipo _____
n. _____ rilasciato da _____ con scadenza _____
in servizio presso " _____ " recapito
_____ Città _____ matricola aziendale _____

**consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste dal D.P.R. 28.12.2000
n. 445 cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti di cui
all'art.46-47 del citato D.P.R., e sotto la propria personale responsabilità**

DICHIARA

¹ Allega copia del documento d'identità.



Sede Legale Viale Strasburgo n.233 90146 Palermo Tel 0917801111 P.I. 05841780827
U.O.C. Risorse Umane

Informativa Privacy e consenso al trattamento dei dati sensibili.

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto legislativo 30/06/2003 n.196, "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati personali ordinari, sensibili e giudiziari eventualmente resi o trattati da codesta U.O.C. Risorse umane e Affari Generali sono raccolti esclusivamente per lo svolgimento di funzioni istituzionali, per finalità strettamente connesse al procedimento amministrativo e per l'esecuzione delle operazioni relative ai benefici richiesti dal dipendente.

A tal fine i dati potranno essere trasmessi a soggetti terzi (nonché al Ministero della Funzione Pubblica, Polizia Municipale) che svolgono funzioni strettamente connesse alla fruizione dei benefici richiesti.

Il trattamento sarà effettuato attraverso l'utilizzazione di strumenti informatici, telematici e cartacei per i quali sono impiegate misure di sicurezza idonee a garantire la riservatezza e ad evitarne l'accesso a soggetti non autorizzati, in conformità alle norme di legge e regolamenti.

Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, pertinenza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza dei dipendenti e dei loro diritti.

In qualunque momento l'utente può far valere i diritti previsti dal Decreto legislativo 30/06/2003 n.196, in particolare:

- richiedere la conferma dei dati personali che lo riguardano;
- riceverne comunicazione intellegibile,
- avere informazioni circa la logica e le finalità del Trattamento;
- richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione;
- richiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati in violazione della legge, ivi compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti;
- opporsi in tutto o in parte al trattamento dei dati personali sebbene pertinenti allo scopo della raccolta.

CONSENSO

Il sottoscritto preso atto dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto Legislativo 30/06/2003 n.196 acconsente, all'istruzione, alla definizione, e alla comunicazione inerente la richiesta dei benefici:

1. al trattamento di eventuali dati sensibili;
2. al trasferimento dei propri dati personali;
3. alla comunicazione dei propri dati sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di recapito, di archiviazione e al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti;
4. alla comunicazione dei propri dati sensibili ad altri Enti ed Amministrazioni Pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Consapevole che il mancato consenso può comportare l'impossibilità di definire la richiesta il sottoscritto consente al trattamento dei propri dati personali e sensibili.

Di essere consapevole che il 25 maggio 2018 è stata la data di avvio del GDPR, il testo del nuovo regolamento sulla privacy definito come una vera e propria riforma nell'ambito delle regole sul trattamento dei dati.

Nuovi adempimenti e obblighi per professionisti ed imprese che, in caso di violazione delle nuove regole privacy 2018 saranno sottoposti a pesanti sanzioni amministrative e penali.

firma del dipendente richiedente

firma del portatore di handicap

Data